Bureau du coroner

Rapport annuel 2000

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé
par le Bureau du coroner

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1500 D, boulevard Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal — 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-551-19499-7
ISSN : 0835-5258

© Gouvernement du Québec, 2001

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel du coroner en chef couvrant les activités du Bureau du coroner du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000.

Ce rapport est le quinzième déposé en vertu de la **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.**

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Sécurité publique,

Serge Ménard

Sainte-Foy, octobre 2001

Monsieur Serge Ménard
Ministre de la Sécurité publique
2525, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec)
G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous transmettre le quinzième rapport annuel des activités du Bureau du coroner.

Ce rapport couvre les activités du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2000.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le coroner en chef,

Serge Turmel

Sainte-Foy, octobre 2001

102-01476/

Table des matières

Introduction 9

Le mandat du coroner 9

Le coroner investigateur 9

Le coroner enquêteur 9

La liste des coroners 10

Les activités du coroner 13

Les faits marquants de l'année 2000 13

Les investigations 18

Les décès signalés aux coroners 18

Délai entre le signalement d'un décès et le rapport d'investigation du coroner 19

Les autopsies et les examens de laboratoire 19

Les enquêtes 21

Les recommandations et leur traitement 24

Le mandat du Bureau du coroner 25

L'organigramme 26

L'état des dépenses 27

Coroner en chef 28

Secteur de la prévention 28

Secteur des communications 29

Secteur juridique 29

Coroners en chef adjointes 30

Service à la clientèle 30

Analyse et codification des dossiers 30

Direction de l'administration 31

Ressources humaines 31

Ressources financières, matérielles et immobilières 31

Ressources informatiques 31

Les morgues et les transporteurs 31

Des réalisations en 2000 32

Les deux orientations pour 2001-2004 33

Bilan statistique – 1999
La classification statistique des décès survenus au Québec en 1999 et ayant fait l'objet d'une investigation 34

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge 35

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la catégorie du décès et la région administrative de l'événement 36

Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge 38

Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé 38

Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail 40

Liste des tableau et figures

Figure 1.0
Les décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec, 2000 **18**

Figure 1.1
Évolution des décès signalés aux coroners de 1994 à 2000 **18**

Figure 1.2
Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2000 **18**

Tableau 1.3
Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison justifiant leur intervention, 2000 **19**

Tableau 1.4
État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2000 **19**

Tableau 2.0
Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution, 1999 et 2000 **20**

Tableau 3.0
Enquêtes ordonnées en 2000 **22**

Tableau 3.1
Enquêtes ordonnées avant 2000 et terminées en 2000 **23**

Tableau 4.0
Répartition des rapports de coroners transmis en 2000 contenant des recommandations, selon la catégorie de décès **24**

Tableau 5.0
Effectif régulier autorisé en 1999-2000 selon la catégorie d'emploi **25**

Tableau 5.1
État des dépenses pour les exercices 1996-1997 à 2000-2001 **28**

Tableau 6.0
Répartition des demandes de copies conformes, selon la provenance, 2000 **30**

Tableau 7.0
État des rapports d'investigation relatifs aux décès survenus en 1999 **34**

Tableau et figure 7.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, 1999 **34-35**

Tableau 8.0
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge, 1999 **35**

Tableau 8.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement, 1999 **36**

Tableau 8.2
Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge, 1999 **38**

Tableau 8.3
Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé, 1999 **39**

Tableau 8.4
Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail, 1999 **40**

Introduction

Ce document se compose d'une première partie consacrée aux activités des coroners et à celles du Bureau du coroner en 2000 et d'une seconde qui présente les statistiques consolidées de l'année précédente, soit 1999.

De plus, le Bureau du coroner a publié le **Répertoire des recommandations des coroners 2000,** qui est mis à la disposition de quiconque en fait la demande. Il est à noter que ce document comporte les réponses des organismes aux recommandations formulées par les coroners.

Le mandat du coroner

La **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès** (ci-après appelée la loi) donne compétence au coroner, en tant qu'officier public, sur tout décès survenu au Québec, de même que sur l'entrée au Québec du corps d'une personne décédée hors du Québec dans des circonstances obscures ou violentes. Il a également compétence dans tous les cas où le corps d'une personne décédée est transporté à l'extérieur du Québec.

Lorsqu'il est avisé d'un décès, le coroner a pour fonction de répondre aux questions suivantes:

— qui est décédé ?

— où et quand cette personne est-elle décédée ?

— de quoi est-elle décédée (maladies, traumatismes, etc.) ?

— dans quelles circonstances est-elle décédée ?

S'il le juge opportun, à l'occasion de tout décès pour lequel il reçoit un avis, le coroner peut faire des recommandations visant une meilleure protection de la vie humaine.

Un des aspects fondamentaux de la loi est que le coroner ne peut jamais se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle d'une personne.

Les coroners enquêteurs permanents et à temps partiel relèvent directement du coroner en chef, tandis que les coroners investigateurs permanents et à temps partiel sont regroupés sous la direction de deux coroners en chef adjointes, elles-mêmes relevant du coroner en chef.

La clientèle du Bureau du coroner est constituée principalement des proches et des ayants droit des personnes décédées dans des circonstances obscures ou violentes. À ces derniers, on peut ajouter l'ensemble des citoyens, les ministères et organismes ainsi que les chercheurs dans le domaine de la prévention.

Le coroner investigateur

La loi prévoit tous les cas de décès qui doivent être signalés au coroner. Ainsi, outre les décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes, tels les accidents, les suicides et les homicides, le coroner examine obligatoirement le décès d'une personne qui arrive dans un centre de travail adapté, un poste de police, un centre de détention, un pénitencier, une famille d'accueil, une garderie ou dans un lieu qui accueille des gens en cure fermée. Il a également le mandat d'examiner certains décès liés à des causes naturelles lorsque ces causes ou les circonstances du décès soulèvent des questions, et cela pour une meilleure protection de la vie humaine.

Dans tous les cas où le coroner est avisé d'un décès, il doit y avoir une investigation, complétée par la rédaction d'un rapport déposé au Service des archives du Bureau du coroner. Ce rapport est public et accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

Le coroner dispose, pour remplir son mandat, d'un certain nombre de moyens tels des examens, des autopsies, des analyses ou des expertises. Il peut également avoir recours à la saisie d'objets ou de documents, à l'interdiction d'accès au lieu d'un décès, de même qu'il a le pouvoir de requérir, de la part des différents services de police exerçant des pouvoirs au Québec, des enquêtes ou compléments d'enquête. Il peut, enfin, pendant ou à la suite de son investigation, recommander au coroner en chef la tenue d'une enquête publique.

Le coroner en chef décide de l'ordonnance d'une enquête en tenant compte de la nécessité de recourir à l'audition de témoins pour obtenir les renseignements requis, formuler des recommandations et informer le public. Il désigne le coroner qui présidera cette enquête. Une enquête peut aussi être instituée à la demande du ministre de la Sécurité publique.

Le coroner enquêteur

Le coroner enquêteur a les mêmes pouvoirs que le coroner investigateur, mais il peut de plus assigner des témoins, être assisté d'un procureur, voire d'un assesseur. Il peut même, dans certains cas, obtenir un mandat d'arrestation et de détention.

Au moment des auditions, le coroner doit informer les témoins de leur droit d'être protégés en vertu de l'article 5 de la **Loi sur la preuve au Canada**, relativement à toute question pouvant tendre à les

incriminer. Les témoins doivent répondre aux questions du coroner, sous peine d'outrage au tribunal.

La loi prévoit la participation à l'enquête de personnes intéressées qui peuvent demander au coroner d'assigner des témoins, de les interroger, de même que les autres témoins entendus, et de faire connaître leur point de vue au coroner.

L'enquête est publique; toutefois, le coroner doit interdire la prise de photos, de croquis, de films, la radiodiffusion et la télédiffusion durant les audiences.

Pour protéger toutes les personnes âgées de moins de 18 ans et, dans certains cas, pour protéger l'intérêt public ou la vie privée, la réputation ou le droit à un procès juste et équitable pour une personne impliquée dans un décès, le coroner peut, d'office ou sur demande, interdire la diffusion ou la publication de certaines informations.

Sauf exception, lorsqu'une personne fait l'objet d'une poursuite criminelle pour un décès, le coroner ne peut tenir ou poursuivre une enquête tant que le jugement sur cette poursuite n'a pas acquis l'autorité de la chose jugée.

L'enquête terminée, le coroner rédige son rapport qui est classé au Service des archives du Bureau du coroner et devient accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

La liste des coroners

Voici, par régions, le nom des coroners :

— Turmel, Dr Serge, coroner en chef (Québec)

— Bellemare, Me Danielle, coroner en chef adjointe (Québec)

— David, Me Anne-Marie, coroner en chef adjointe (Montréal)

Coroners permanents	Investigateurs	Enquêteurs
Québec	Couillard, Dr Bernard Morin, Me Pierre Nolet, Dre Louise	Bouliane, Me Marc-André Kronström, Me Andrée
Montréal	Dionne, Dr Paul G. Duchesne, Dr Line Labarias, Dr José-Luis Michaud, Dr Roger C. Paquin, Dr Claude	Rudel-Tessier, Me Catherine Malouin, Me Luc
Coroners à temps partiel	**Investigateurs**	**Enquêteurs**
Bas-Saint-Laurent (Région 01)	Archambault, Dr Gaétan Dorval, Dr Jean-François Lévesque, Dr Gaétan Raymond, Dr Yves	
Saguenay-Lac-Saint-Jean (Région 02)	Bergeron, Dr André Bolduc, Dr Yves Côté, Me Mandoza Gagné, Dr Carol Lapointe, Me Michel Miron, Dr Michel	
Capitale-Nationale (Région 03)	Bédard, Dr Marc Brochu, Dr Pierre Carrier, Dr Pierre Naud, Dr Yvon Samson, Dr Pierre-Charles Turmel, Dr Yvan	Bérubé, Me Jacques Delâge, Me Cyrille
Mauricie (Région 04)	Blais, Dr Jean-Pierre Buisson, Dr Jacques Gauthier, Dr Raynald Lamothe, Me Bertrand Martin, Dr Pierre Pinsonnault, Me Jean Trahan, Dr André-G.	

Coroners à temps partiel	Investigateurs	Enquêteurs
Estrie (Région 05)	Gagné, Dr Pierre	Giguère, Me Robert
Montréal (Région 06)	Ayllon, Dr Rafaël Goupil, Dr Jean-Noël	Boudrias, Me Denis
Outaouais (Région 07)	Bo...assa, Dr Pierre Bourget, Dre Dominique Lachapelle, Me Joanne Morissette, Dr Guy Jr Tremblay, Dr Gaston-A. Turgeon, Dr Robert	
Abitibi-Témiscamingue (Région 08)	Aubry, Dr Sylvain Gurekas, Dr Vydas Malenfant, Dr Claude Molloy, Dre Francine Provost, Me Jeannine	
Côte-Nord (Région 09)	Lefrançois, Me Bernard Monger, M. Richmond Samson, Dr Arnaud	
Nord-du-Québec (Région 10)	Létourneau, Dr Joël	
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (Région 11)	Gauthier, Dr Gilles Levasseur, Me Louise Lévesque, Dr Jean-Louis Rossignol, Me Josée Tremblay, Me Denis	
Chaudière-Appalaches (Région 12)	Bérubé, Dr Gilbert Morin, Dr Raymond Picard, Dr Jean-Marc Toussaint, Dr Martin	Garneau, Me Gabriel
Laval (Région 13)	Trudeau, Dr Michel	
Laurentides (Région 15)	Ferland, Me Michel Fermini, Dr Richard Larocque, Dr Robert Paquette, Dr Jean-Lévy Talbot, Dre Linda	
Montérégie (Région 16)	Authier, Dr Louis Bélanger, Dr René-Maurice Brochu, Dr Jean Chalut, Dr Pierre Clément, Dr Marcel Dandavino, Dr André-H. Laberge, Dr Roger Lambert, Dr Yves Massé, Dr Michel	Perron, Me Gilles
Centre-du-Québec (Région 17)	Bélisle, Me Pierre Campeau, Dr Gilles Proulx, Dr André	

Les activités du coroner

Les faits marquants de l'année 2000

En 2000, plusieurs investigations et enquêtes ont suscité l'intérêt public.

Témérité et réglementation ont eu raison du Brier Mist

Transports Canada devra se pencher sur la réglementation des bateaux de pêche de la catégorie du Brier Mist, jaugeant 46 tonneaux, qui a fait naufrage le 27 novembre 1998, au nord-est de l'île du Bic.

Tel est l'essentiel du message envoyé le 21 janvier, devant la presse à l'Institut maritime de Rimouski, par le coroner Jean-François Dorval à la suite du décès par noyade des cinq pêcheurs gaspésiens qui étaient à bord de ce dragueur de pétoncles construit en 1981.

Le coroner Dorval a notamment recommandé à Transports Canada de s'assurer que des bateaux de cette catégorie soient dorénavant équipés d'une radiobalise, de trousses de survie, de bouées ainsi que d'un radeau de sauvetage à dégagement automatique pour l'équipage. De plus, selon lui, tous les pêcheurs devraient être formés pour des situations d'urgence en mer; Transports Canada devrait aussi être informé sur les bateaux de pêche qui naviguent lorsque risqué.

Le 11 février, Transports Canada indiquait avoir entrepris de modifier sa réglementation concernant les navires de pêche pour former des pêcheurs commerciaux sur les fonctions d'urgence en mer et pour installer un détecteur de niveau de cale d'eau.

Le suicide d'un prévenu à Saint-Hyacinthe

À la suite du suicide de M. Daniel Proulx, en juillet 99, dans une cellule du poste de police de Saint-Hyacinthe, le Service de sécurité publique de la ville concevra une grille d'évaluation du risque de suicide en milieu carcéral qui sera utilisée pour former le personnel du bloc cellulaire devant cette problématique.

Cela fait suite à une recommandation du coroner René-Maurice Bélanger, le 11 février, lors d'un point de presse en compagnie du maire de Saint-Hyacinthe et du directeur du Service de la sécurité publique.

De plus, ce corps de police devra clarifier ses procédures internes sur les médicaments à administrer aux détenus, surtout ceux reliés au sommeil et à l'anxiété chez les personnes sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

La tragédie routière de Nicolet

Le 16 mars, une tragédie routière a causé la mort de huit enfants à Saint-Jean-Baptiste-de-Nicolet; ce matin-là, la conductrice d'une fourgonnette, avec dix enfants à bord, a perdu le contrôle sur une route de campagne et a heurté de plein fouet un véhicule qui circulait en sens inverse.

Lors d'une rencontre privée avec les parents des victimes, le coroner Gauthier a déposé son rapport d'investigation. Il a notamment recommandé au ministère des Transports et à la SAAQ de clarifier la réglementation et de lever les ambiguïtés actuelles du Code de la sécurité routière en matière de sièges d'enfant.

Le coroner Gauthier a aussi recommandé que chaque CLSC compte une personne apte à donner de l'information aux parents sur la configuration, l'installation et l'entretien des dispositifs de retenue pour enfants.

En réponse à ces recommandations, le 25 novembre, le ministre des Transports, M. Guy Chevrette, a indiqué que, prochainement, le Code de la sécurité précisera qu'on ne peut transporter dans un véhicule plus de personnes que le nombre de places munies de ceintures de sécurité.

Le 1er décembre, un projet de loi en ce sens a été déposé à l'Assemblée nationale par M. Chevrette. Dorénavant, un véhicule de promenade fabriqué après 1973 ne pourra pas transporter plus de passagers que le nombre de places munies de ceintures de sécurité installées par le fabricant.

Le décès d'un coureur automobile

M. Yvon Poulin, 36 ans, brûlé vif le 25 septembre 1999 lors d'une course de stock-cars à l'Autodrome Drummond, n'a pas fait preuve de prudence élémentaire. C'est ce qu'a statué le coroner Gilles Campeau dans son rapport d'investigation rendu public le 19 mai devant la presse et le propriétaire de l'Autodrome Drummond.

Pour éviter d'autres décès sur des pistes de course automobile, le coroner Campeau a recommandé, notamment au ministre responsable de la Direction générale des loisirs et des sports, d'établir des normes, des règles et des règlements dans quelque sport que ce soit, y compris la course automobile, et de s'assurer qu'ils soient respectés. Il a aussi recommandé à Auto-

drome Drummond et à tous les autodromes québécois, d'adopter les règlements de DIRT Motorsports autant dans les courses non sanctionnées que sanctionnées.

Ambulanciers et système d'appels pointés du doigt

Si Montréal avait été doté d'un système de premiers répondants, et si des ambulanciers d'Urgence-Santé ne s'étaient pas trompés deux fois de chemin, selon le coroner Paul G. Dionne, M. Jean-Jacques Lefebvre de Pointe-aux-Trembles serait possiblement encore vivant.

Le 6 février 1999, la victime s'est étouffée en avalant un morceau de carotte. Les ambulanciers ont pris 18 minutes avant de se rendre au domicile de M. Lefebvre. Il a été établi que les ambulanciers n'ont pas utilisé la carte de leur ordinateur de bord leur indiquant la route la plus courte et qu'ils se sont trompés à deux reprises.

Lors d'un point de presse à Montréal le 8 juin, accompagné du Dr Pierre Fréchette, coordonnateur médical des services préhospitaliers d'urgence au ministère de la Santé et des Services sociaux, le coroner Paul Dionne a notamment recommandé que les pompiers et les policiers deviennent les premiers répondants lors des codes prioritaires; que le ministère de la Santé et des Services sociaux voie à implanter un tel système partout au Québec.

Un mécanisme de protection inaltérable sur les briquets

Santé Canada devrait exiger que les mécanismes de protection dont les briquets jetables doivent être munis deviennent inaltérables. C'est l'une des recommandations formulées par le coroner Line Duchesne dans son rapport d'investigation, rendu public le 19 juillet, à la suite du décès du jeune Jamal Matchet survenu le 12 octobre 1999 lors d'un incendie qui a ravagé l'appartement familial.

Ce jour-là, le bambin de quatre ans s'amusait avec un ami au sous-sol de la résidence familiale à Montréal; l'ami a allumé, à l'aide d'un briquet, une chandelle qu'il a posée sur une table à café, mais un chat l'a renversée et les flammes se sont rapidement répandues dans la pièce.

Les adultes modifient fréquemment le mécanisme de protection des briquets, ce qui est probablement arrivé dans le cas du jeune Jamal. Il est à noter que depuis 1995, les briquets dont la valeur est inférieure à 2.50 $, soit environ 96 % de ceux qui se trouvent sur le marché, doivent être munis d'un mécanisme de protection pour empêcher les jeunes enfants de s'en servir.

La Gaspésie a besoin de moniteurs-défibrillateurs

Le coroner Jean-François Dorval a recommandé le 26 juillet à Matane, d'installer des moniteurs-défibrillateurs dans toutes les ambulances de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Le coroner a soutenu que la vie de M. Maurice St-Pierre aurait pu être sauvée le 11 février 2000 si les ambulanciers avaient disposé d'un tel appareil.

Cette région est la seule, au Québec, à être dépourvue de tels appareils lors du transport des patients. Or, selon le coroner Dorval, les moniteurs-défibrillateurs ont permis de sauver 18 vies en cinq ans dans le Bas-Saint-Laurent et 11 sur des vols d'American Airlines en 1997.

La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Gaspésie-les-Îles affirmait étudier deux scénarios pour doter ses ambulanciers de moniteurs-défibrillateurs.

Un décès causé par le mauvais entretien d'une route

Le coroner Carol Gagné a livré à Saint-Félicien, le 1er septembre, ses conclusions sur les facteurs qui ont causés le décès de Mme Stéphanie Privé, le 13 décembre 1999, dans une courbe à l'entrée sud de Saint-Félicien.

Depuis 1978, huit accidents mortels sont survenus au même endroit. À l'adresse de la Ville de Saint-Félicien, du ministère des Transports et du Canadien National, le coroner a formulé une liste de solutions susceptibles d'apporter les correctifs nécessaires. Une meilleure visibilité, une traverse de chemin de fer à corriger par rapport à l'angle de la route, une signalisation routière avec un renforcement approprié, la réduction de la vitesse à 50 km/h et l'éclairage.

Les trois clandestins roumains auraient pu être sauvés

Les trois jeunes Roumains retrouvés morts dans un conteneur, le 19 avril 1999, étaient toujours en vie lorsque le navire à bord duquel ils avaient traversé l'Atlantique a accosté au port de Montréal, cinq jours plus tôt.

Selon le coroner Claude Paquin, des employés de la compagnie de transbordement ont scellé le conteneur en bouchant le trou d'aération que les Roumains avaient percé avant la grande traversée. Prisonniers, ceux qui rêvaient de liberté sont morts le lendemain, asphyxiés.

Le coroner Paquin a notamment recommandé au gouvernement du Canada de durcir la loi canadienne

afin de décourager l'immigration illégale. Il a également recommandé de garder en détention un clandestin dès son arrivée au pays, d'étudier son dossier dans le mois suivant l'arrestation et d'obliger son renvoi immédiat si le statut de réfugié lui est refusé.

Depuis 1998, les corps de six Roumains ont été retrouvés dans des conteneurs dans le port de Montréal. C'est en 1998 que la « filière roumaine » a pris la direction des ports d'Italie, alors qu'elle provenait auparavant du Nord-Ouest de l'Europe. Résultat, l'infernal voyage en mer dure maintenant quatorze jours au lieu de sept.

Kangiqsualujjuaq

Le 18 avril, le coroner Jacques Bérubé s'est rendu déposer son rapport d'enquête publique à Kangiqsualujjuaq, au Nouveau-Québec, devant les élus municipaux et régionaux, la population du village, les autorités scolaires et médicales et enfin, devant certains médias.

On se rappellera que le 1er janvier 1999, neuf Inuit étaient décédés à la suite d'une avalanche qui avait dévasté le gymnase de l'école du village. L'école avait été construite en 1974, au pied d'une montagne de 200 mètres et approximativement à 40 mètres de la base de la montagne, ce que l'on peut considérer comme une zone à risques.

Comme il n'y a pas d'expertise sur la problématique des avalanches au Québec, le coroner Bérubé a recommandé notamment au ministre de la Sécurité publique de déterminer les sites d'avalanches potentielles et de faire le nécessaire pour assurer la protection de la population.

Autres dossiers de nature générale

Changements à la Direction

À l'occasion de sa réunion du 21 juin, le Conseil des ministres a procédé aux nominations suivantes:

— Dr Serge Turmel, coroner en chef adjoint, a été nommé coroner en chef du Québec;

— Me Danielle Bellemare, notaire, a été nommée coroner en chef adjointe; elle supervise les coroners investigateurs de l'Est du Québec et est responsable du Service à la clientèle au Bureau du coroner;

— Me Anne-Marie David, avocate et coroner enquêteur permanent à Montréal, a été nommée coroner en chef adjointe et supervise les coroners investigateurs de l'Ouest du Québec;

— Me Andrée Kronström, avocate, et Me Catherine Rudel-Tessier, avocate, ont été nommées coroners enquêteurs permanents.

Pour ce qui est de l'ancien coroner en chef, Me Pierre Morin, il demeure coroner permanent à Québec.

Deux nouveaux coroners investigateurs se sont joints à l'équipe en septembre:

— Me Pierre Bélisle, avocat qui couvre le territoire de Victoriaville, et Dr Joël Létourneau, qui couvre le territoire de Chibougamau-Chapais.

Ont démissionné en 2000, les coroners Benoit Parrot de Rimouski, Robert Gagnon de Clermont, France-Laurent Forest de Gaspé, Didace Bourgeois d'Amqui et François Raymond de L'Acadie.

Le 20 décembre, le Conseil des ministres a nommé Me Jean-Luc Malouin coroner permanent. Me Malouin était coroner investigateur et enquêteur à temps partiel depuis plusieurs années.

Les comités d'examen de décès d'enfants

Le président du comité d'examen de décès d'enfants de Québec, le docteur Jean Labbé, pédiatre au Centre hospitalier de l'Université Laval, et celui du comité de Montréal, le docteur Gilles Fortin, pédiatre-neurologue à l'Hôpital Sainte-Justine, ont déposé leur deuxième rapport annuel au ministre de la Justice et au coroner en chef du Québec. Ce rapport porte sur l'analyse des décès d'enfants de moins de six ans survenus en 1998 dans les territoires définis et sur les activités des comités entre le 1er juillet 1998 et le 30 juin 1999.

Selon le comité, plusieurs publications confirment que l'incidence des morts par homicide chez les jeunes enfants est généralement sous-estimée un peu partout dans le monde.

On se rappellera que ces comités, formés notamment de coroners, du chef pathologiste du Service de médecine légale, de policiers, de substituts du Procureur général, d'intervenants de la Direction de la protection de la jeunesse, sont nés d'une préoccupation commune des milieux pédiatriques et judiciaires de mieux identifier les cas d'homicides chez les jeunes enfants au Québec.

Se penchant sur les décès d'enfants de moins de six ans, le comité de Québec couvre les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches alors que celui de Montréal fait de même pour les régions de Montréal, de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie.

Les présidents des deux comités ont notamment recommandé au ministre de la Justice et au coroner en chef:

— de rendre permanents les deux comités;

— de s'assurer que chaque corps policier se dote de directives spécifiques pour les cas de décès d'enfants de moins de six ans;

— de sensibiliser la population aux risques de faire dormir un nourrisson dans le même lit qu'un adulte et aux risques de noyade dans une baignoire;

— que les coroners s'assurent qu'un signalement de la fratrie soit effectué dans les cas d'homicide d'enfant par un parent;

— que le Collège des médecins voie à diffuser dans les services d'urgence un guide qui aide à reconnaître les abus physiques graves et les homicides chez les jeunes enfants.

Le port du casque à bicyclette

Le 14 mars, répondant à l'invitation de l'Assemblée nationale, le coroner en chef Pierre Morin, accompagné de Mme Sonia Tennina, a fait une présentation devant le ministre des Transports et les députés membres de la Commission des transports et de l'environnement.

Le but de la rencontre était de faire partager l'expertise du Bureau du coroner au regard des causes médicales et des circonstances entourant la mort de plusieurs cyclistes annuellement et de discuter de la pertinence du port du casque protecteur.

La table de concertation Beauce-Etchemin à l'honneur

À l'occasion de son congrès à Québec en avril, l'Association québécoise du transport et des routes a remis son prix Sécurité routière 2000 à la Table de concertation Beauce-Ethemin pour la prévention de l'alcool au volant.

Crée en 1997, la Table comprend quelque 23 partenaires, dont le coroner Raymond Morin et François Houle du Bureau du coroner. Les actions visent les populations jugées prioritaires ou à risques : les étudiants, les détenteurs de permis d'alcool, les organisateurs de festivals.

Le Bas-Saint-Laurent en guerre contre les armes à feu

En 1998, au Bas-Saint-Laurent, 61 personnes, dont 46 hommes, se sont suicidées et 18 de ceux-ci ont utilisé une arme à feu. À l'instigation du coroner Jean-François Dorval, des responsables de la santé publique régionale et de la Sûreté du Québec ont uni leurs efforts pour lancer une campagne des sensibilisation pour la prévention des accidents reliés à des armes à feu.

Lancée à Rimouski le 18 octobre, la campagne, qui prend la forme de trois capsules d'information télévisées de 30 secondes, a été diffusée sur les ondes des stations régionales du réseau TVA à Rivière-du-Loup, Rimouski et Carleton. La compagnie pharmaceutique Wyeth-Ayerst s'est associée à ces partenaires régionaux qui ont innové, au Québec, en présentant ces messages.

La motoneige : un bilan grandement amélioré

La saison de motoneige 1999-2000 a coûté la vie à 21 utilisateurs, ce qui constitue une amélioration notable par rapport aux moyennes d'une trentaine de décès ces dernières années et au bilan funeste de 41 décès en 1998-1999.

Cette amélioration s'explique sûrement par une saison plus courte dans la majorité des régions du Québec et par les campagnes de prévention du ministère des Transports et de la Fédération des clubs de motoneigistes du Québec.

Année funeste pour les amateurs de VTT

En 2000, 22 personnes ont perdu la vie en pratiquant le VTT, aussi appelé QUAD.

Il est à noter que la majorité des victimes ne portaient pas de casque de sécurité, une pièce d'équipement pourtant obligatoire en vertu de la loi et qui leur aurait peut-être évité des blessures mortelles.

Décès de motocyclistes

En 2000, 73 motocyclistes sont décédés sur les routes du Québec. Vu un printemps hâtif, trois adeptes de la moto étaient déjà décédés en mars; autre particularité, la majorité des victimes sont de jeunes hommes victimes de leur témérité et de leur manque d'expérience.

Vitesse suivie d'une perte de contrôle sont les caractéristiques principales de ces accidents mortels. Fait à noter, les coroners Michel Trudeau et Carol Gagné ont recommandé que l'on retire de la circulation les motos de 400 cm^3 qui, selon eux, seraient des véhicules qui ne devraient être utilisés que sur des pistes de course.

Selon eux, plusieurs conducteurs n'ont pas l'expérience ni la maturité pour piloter de hautes cylindrées sur les routes.

Décès de cyclistes

Trente-et-un cyclistes sont décédés sur les routes du Québec en 2000, la majorité d'entre eux frappés mortellement par des véhicules.

Les joueurs excessifs et le suicide

Vingt personnes avec des problèmes de jeu excessif se sont suicidées cette année; ces personnes avaient toutes des problèmes ou des dettes de jeu importants. Ce bilan n'est pas aussi néfaste que celui de 1999 où 33 personnes s'étaient suicidées.

Le phénomène des vidéos-loteries a été associé à la majorité de ces cas.

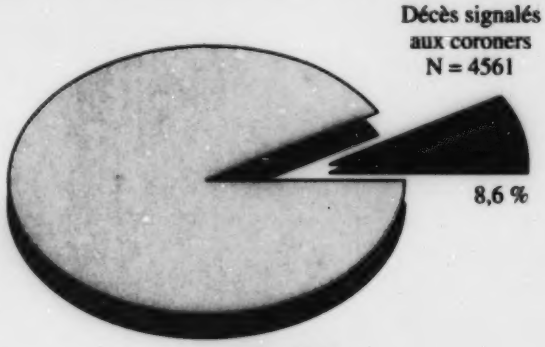
Les investigations

Les décès signalés aux coroners

Au cours de l'année 2000, 4561 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Au total, comme il est indiqué à la figure 1.0, les coroners sont intervenus dans 8,6 % des 53 086 décès survenus au Québec en 2000.

Figure 1.0

Les décès signalés aux coroners sur l'ensemble des décès survenus au Québec, 2000



Depuis 1997, le nombre de décès signalés aux coroners est en deçà des 5000 annuellement.

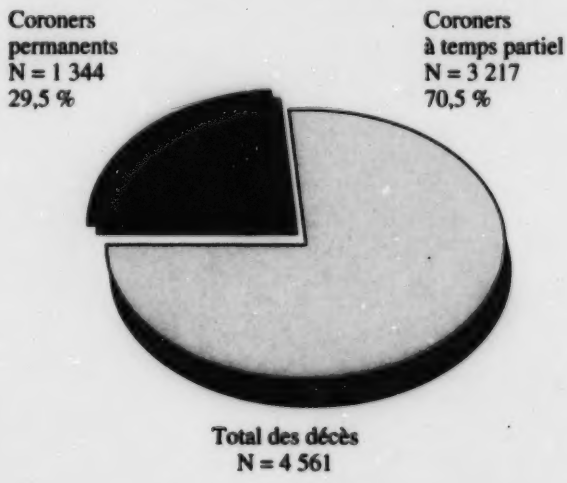
Figure 1.1

Évolution des décès signalés aux coroners de 1993 à 2000

Comme le montre la figure 1.2, la grande majorité des investigations sont réalisées par des coroners à temps partiel (70,5%).

Figure 1.2

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel, 2000



* selon les données fournies par l'Institut de la statistique du Québec en mai 2001.

Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons justifiant son intervention. Le tableau 1.3 présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2000. Ce sont les décès dont les circonstances sont obscures ou violentes qui représentent la plus grande part (69,9 %) du travail des coroners.

Tableau 1.3
Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison justifiant leur intervention, 2000

Raison de l'avis	Nombre	%
Circonstances obscures ou violentes	3 189	69,9
Causes médicales indéterminées	922	20,2
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	352	7,7
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	27	0,6
Autres raisons ou raison non disponible	71	1,6
Total des décès signalés	**4 561**	**100,0**

Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (20,2 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,7 %) et, dans le cas de décès dans des circonstances obscures ou violentes, à autoriser l'entrée d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un pays étranger (0,6 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis, telles les prisons, les familles d'accueil et les garderies. Dans ces cas, la loi oblige l'intervention du coroner.

Délai entre le signalement d'un décès et le rapport d'investigation du coroner

Sauf dans les cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, ceux des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou expertises particulières. Il s'écoule donc un certain temps entre le moment où le coroner communique l'avis qu'il a reçu et celui où il rédige et transmet son rapport d'investigation au coroner en chef.

Ainsi, comme on peut le constater au tableau 1.4, sur les 4561 décès signalés en 2000, 2935 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef le 10 mai 2001. Il reste donc, à cette même date, 1626 décès en cours d'investigation, soit 35,7 % des décès signalés.

Tableau 1.4
État des rapports d'investigation sur les décès signalés en 2000

État des rapports au 10 mai 2001	Nombre	%
Rapports terminés	2 935	64,3
Non terminés	1 626	35,7
Total des décès signalés	**4 561**	**100,0**

Les autopsies et les examens de laboratoire

Le tableau 2.0 présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 1999 et 2000 dans le cadre des investigations. En 2000, des autopsies ont été nécessaires dans 52,8 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 2407 autopsies réalisées. Selon les données disponibles, le tiers de ces autopsies ont été effectuées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique à Montréal, alors que les autres ont été réalisées dans des hôpitaux.

Les examens de laboratoire sont aussi fréquemment demandés par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données préliminaires pour 2000 montrent que, dans plus d'un décès sur deux, le coroner demande de tels examens. Près du tiers de ces examens sont réalisés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, alors que les autres sont faits au Centre de toxicologie du Québec.

Tableau 2.0

Autopsies et examens de laboratoire demandés par les coroners et lieux d'exécution, 1999 et 2000

Expertises	2000		1999	
	Nombre	%[2]	Nombre	%
Autopsies demandées	**2 407**	**52,8**	**2 648**	**53,3**
— Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	811	(33,7)	1 044	(39,4)
— Hôpitaux	1370	(56,9)	1 604	(60,6)
— À déterminer	226	(9,4)	—	(—)
Alcoolémies ou toxicologies demandées	**2 436**	**53,4**	**2 733**	**55,0**
— Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	752	(30,8)	1 004	(36,7)
— Centre de toxicologie du Québec (CTQ)	1 476	(60,6)	1 683	(61,6)
— Centres hospitaliers	36	(1,5)	46	(1,7)
— À déterminer	172	(7,1)	—	(—)
Autres expertises demandées[3]	**485**	**10,6**	**800**	**16,1**
Ensemble des décès signalés	**4 561**	—	**4 965**	—

1. Les données pour 2000 sont préliminaires.
2. Les pourcentages en gras sont calculés sur l'ensemble des décès signalés, alors que les pourcentages entre parenthèses se rapportent au sous-total de chaque catégorie.
3. Il s'agit, par exemple, de la vérification mécanique d'un véhicule, d'une anthropologie judiciaire, d'une expertise en balistique. Certaines de ces expertises ne sont pas directement demandées par le coroner, mais sont utilisées par ce dernier dans la réalisation de son mandat.

Les enquêtes

La **Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès** prévoit que le coroner peut obtenir les éléments d'information propres à son mandat soit à l'occasion d'une investigation, soit à l'occasion d'une enquête publique ordonnée par le coroner en chef.

Dans les deux cas, le contenu de son rapport portera sur les mêmes points, c'est-à-dire:

1. l'identité de la personne décédée;
2. la date et le lieu du décès;
3. les causes probables de ce décès;
4. les circonstances l'ayant entouré.

La différence entre ces deux méthodes de recherche des causes et des circonstances de décès provient essentiellement des garanties ou des droits accordés par le législateur aux personnes reliées à un décès, selon certains moyens mis à la disposition du coroner, conformément aux principes reconnus par les chartes canadienne et québécoise des droits et libertés. A titre d'exemple, les témoins appelés à fournir des éléments d'information au coroner ne sont tenus de répondre aux questions de ce dernier que lors d'une enquête publique. Ils bénéficient alors de la protection de la loi, leur témoignage ne pouvant être retenu contre eux devant une autre instance, sauf dans le cas de poursuite pour parjure en rendant ce témoignage.

L'audition de témoins n'est pas le seul moyen d'action du coroner pour obtenir de l'information liée à son mandat. Comme dans le cas d'une investigation, il peut saisir des objets ou des documents et les faire analyser, et il peut également ordonner des autopsies ou diverses analyses et expertises.

La loi prévoit que le coroner en chef peut ordonner une enquête à tout moment, durant ou après une investigation. Une fois l'enquête ordonnée, les personnes intéressées à y participer peuvent demander au coroner de les reconnaître comme telles, en faisant valoir leur intérêt. La loi prévoit que les personnes intéressées peuvent alors interroger et contre-interroger les témoins assignés par le coroner, demander à en faire entendre d'autres et faire des représentations au coroner au terme de l'enquête.

Outre la participation de personnes directement concernées par un décès, certaines enquêtes exigent que le coroner s'appuie sur l'opinion d'experts, pour que ceux-ci formulent des hypothèses à partir des faits établis ou qu'ils permettent la formulation de recommandations. C'est la nature de chacun des cas qui détermine le type d'expert qui sera utile au coroner (ingénieur, expert en circulation, médecin spécialiste, etc.). Dans ce contexte, il est utile de noter que le Bureau du coroner fait régulièrement appel aux experts du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique dont les compétences sont reconnues.

Des représentants de divers corps de police (la Sûreté du Québec, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, les sûretés municipales) participent régulièrement aux enquêtes, puisqu'ils sont souvent les premiers sur les lieux d'un événement et que leurs constatations peuvent contribuer à l'établissement des causes et des circonstances de décès.

Il importe de préciser que la participation à une enquête dépend du caractère particulier de chacun des décès faisant l'objet de l'attention du coroner et qu'une foule d'intervenants peuvent y apporter leur contribution, soit en rapport avec les causes et les circonstances du décès, soit en matière de recommandations.

On peut aussi noter la participation de différents ministères ou organismes québécois et fédéraux (ex.: le ministère des Transports du Québec, la Société de l'assurance automobile du Québec, le ministère de l'Environnement et de la Faune du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le Bureau de la sécurité dans les transports du Canada), de même que celle de représentants de diverses associations (ex.: le Collège des médecins du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec, l'Union des municipalités du Québec, Urgences-Santé).

Il faut par ailleurs considérer que, pour divers motifs, les enquêtes ne sont généralement pas tenues dès l'ordonnance du coroner en chef:

— Le coroner peut exiger des compléments d'enquête et d'analyse ou des expertises qui seront utilisées au moment de l'enquête. Les agents de la paix ou les experts qui y procèdent doivent prendre le temps nécessaire pour les préparer convenablement.

— La disponibilité des personnes intéressées, celle de leurs procureurs et de certains témoins, de même que l'accessibilité à certaines ressources matérielles (salles d'audience, services de transcription, etc.), peuvent avoir une influence sur la date d'une enquête.

— Occasionnellement, des avis sont publiés dans les journaux afin de porter à la connaissance de la population la tenue d'une enquête. On doit laisser aux personnes désireuses d'y participer le temps de se faire connaître et la possibilité de s'y préparer.

Lorsque l'enquête est terminée, le coroner doit rédiger son rapport, qui est un document public. Il utilise à cette fin toute la documentation et l'information recueillies au cours de l'enquête. Il peut être appelé à se servir de certains travaux de recherches afin d'étayer ses recommandations.

En 2000, le coroner en chef a ordonné 12 enquêtes portant sur 22 décès; il est à noter que certaines enquêtes portent sur plusieurs cas de décès ayant une même cause.

Pour protéger les personnes âgées de moins de 18 ans et, dans certains cas, pour protéger l'intérêt public ou la vie privée, la réputation ou le droit à un procès juste et équitable d'une personne impliquée dans un décès, le coroner peut, d'office ou sur demande, interdire la diffusion ou la publication de certains renseignements.

Sauf exception, lorsqu'une personne fait l'objet d'une poursuite criminelle pour un décès, le coroner ne peut tenir ou poursuivre une enquête tant que le jugement sur cette poursuite n'a pas acquis l'autorité de la chose jugée.

Une fois l'enquête terminée, le coroner rédige son rapport qui est classé au Service des archives du Bureau du coroner et devient accessible, à certaines conditions, à toute personne qui en fait la demande.

Tableau 3.0
Enquêtes ordonnées en 2000

Date de l'ordonnance	Nature de l'événement	Coroner Enquêteur	Date du décès	Endroit	Date du rapport
2000-01-10	Enquête à la suite de 4 décès survenus lors d'un carambolage à Saint-Michel-de-Bellechasse A-122802, A-122803, A-122806, A-122805	Me Denis Boudrias	1999-07-24	Saint-Michel-de-Bellechasse	2001-01-17
2000-03-23	Enquête sur 4 décès survenus à la suite d'une chute dans des ascenseurs ou des monte-charge A-124036, A-93409, A-93425, A-108643	Me Luc Malouin	1999-08-31 1994-07-05 1994-07-16 1997-03-25	Tracy, Sherbrooke et Alma	
2000-03-03	Enquête à la suite d'un décès survenu par contention A-124551	Me Michel Ferland	2000-02-23	Joliette	
2000-03-24	Enquête sur un décès survenu près d'une résidence privée, personne trouvée dans la neige A-133687	Me Michel Ferland	2000-01-12	Saint-Calixte	
2000-05-16	Enquête sur un décès survenu dans un centre d'hébergement A-124917	Me Gilles Perron	1999-08-2	Châteauguay	2000-11-27
2000-06-14	Enquête sur 3 décès survenus lors d'un incendie dans une résidence privée A-136631, A-136632, A-136633	Me Cyrille Delâge	2000-05-17	Joliette	2001-04-19
2000-06-19	Enquête sur un décès survenu lors de l'effondrement d'un viaduc A-135966	Me Gilles Perron	2000-06-18	Laval	
2000-07-10	Enquête sur un décès survenu dans un centre de détention A-136609	Me Andrée Kronström	2000-04-27	Montréal	2001-03-13

Tableau 3.0 (suite)
Enquêtes ordonnées en 2000

Date de l'ordonnance	Nature de l'événement	Coroner Enquêteur	Date du décès	Endroit	Date du rapport
2000-08-28	Enquête sur 2 décès survenus par intoxication à l'oxyde de carbone dans une résidence privée A-133737, A-133738	Me Catherine Rudel-Tessier	2000-02-02	Bromptonville	2001-02-08
2000-08-28	Enquête sur un décès survenu lors d'un incendie dans une résidence d'accueil A-134671	Me Cyrille Delâge	2000-07-29	Shawinigan	
2000-09-14	Enquête sur 3 décès survenus en 1998, 1999 et 2000 à la piste de course de Sanair A-120192, A-129774, A-136779	Me Andrée Kronström	1998-06-06 1999-08-28	Saint-Pie	2000-08-12

Tableau 3.1
Enquêtes ordonnées avant 2000 et terminées en 2000

Date de l'ordonnance	Nature de l'événement	Coroner Enquêteur	Date du décès	Endroit	Date du rapport
1998-09-24	Enquête sur un décès survenu à la suite d'un cancer A-118082	Me Luc Malouin	1998-08-19	Sillery	2000-10-01
1998-10-13	Enquête sur un décès survenu dans une cellule municipale A-120782	Me Jacques Bérubé	1998-09-21	Rimouski	2000-12-14
1998-10-26	Enquête sur un décès survenu à la suite d'un accident de voiture A-121353	Me Robert Giguère	1998-03-29	Montréal	2000-06-06
1998-12-23	Enquête sur 7 décès survenus lors d'un accident d'avion A-124808, A-124809, A-124810, A-124811, A-124812, A-124813, A-124815	Me Anne-Marie David	1998-12-8	Pointe-Lebel	2000-01-18
1999-04-30	Enquête sur un décès survenu à la suite d'une intoxication probable à des médicaments A-123141	Me Anne-Marie David	1998-10-11	Sainte-Julie	2000-08-04
1999-05-10	Enquête sur un décès survenu lors d'une chute du 3e étage d'un hôpital A-126970	Me Gabriel Garneau	1998-10-30	Québec	2001-02-15

Les recommandations et leur traitement

Ainsi, comme il a déjà été mentionné à plusieurs reprises, les coroners peuvent, s'ils le jugent à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Et c'est là, sans doute, l'une des grandes responsabilités confiées au coroner : **tout mettre en oeuvre pour réduire le nombre de décès évitables**.

Les recommandations sont des suggestions de mesures préventives issues principalement de l'observation et de l'analyse des faits mis en lumière par l'investigation du coroner. Ces mesures ont pour but de favoriser la prévention d'autres décès ou blessures dans des circonstances analogues à celles du décès en cause. Avant de formuler ses recommandations, le coroner procède, s'il y a lieu, à l'examen des autres rapports de coroners relatifs à des décès semblables survenus par le passé, à la consultation d'experts ou à l'étude de la littérature scientifique pertinente.

L'acheminement des recommandations est une des activités principales du Bureau du coroner. En effet, l'article 98 de la loi stipule que le coroner en chef peut transmettre les recommandations, s'il le juge approprié, à toute personne ou association et à tout ministère ou organisme concernés.

En 2000, 185 rapports ont ainsi été acheminés. De ce nombre, 147 ont fait l'objet d'un suivi, c'est-à-dire que l'on a demandé aux personnes concernées de faire connaître les mesures qu'elles ont effectivement prises ou envisagées pour corriger une situation susceptible d'occasionner d'autres décès ou des blessures. Quant aux 38 autres dossiers, ils ont été transmis à qui de droit à titre d'information. Sans qu'il s'agisse d'un suivi en tant que tel, le coroner en chef communique alors les recommandations pour sensibiliser ou appuyer d'autres recommandations déjà transmises dans le passé. La majorité (69,2 %) des rapports avec recommandations transmis en 2000 visaient la prévention de décès accidentels, que ce soient des accidents de transport, des accidents de travail ou d'autres types d'accidents. À noter que les recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

Le présent rapport annuel n'intègre pas la liste des recommandations, lesquelles étant trop nombreuses pour y figurer. Cependant, le Bureau du coroner publie annuellement le **Répertoire des recommandations des coroners**, qui est mis à la disposition de quiconque en fait la demande. Ce répertoire permet de retracer les recommandations envoyées pour suivi selon le type d'événement auquel elles se rattachent, ainsi que l'illustre le tableau 4.0.

Tableau 4.0
Répartition des rapports de coroners transmis en 2000 contenant des recommandations, selon la catégorie de décès

	Transmis pour			
Catégorie de décès	**Information**	**Suivi**	**Total**	**%**
Décès naturel	**8**	**16**	**24**	**13,0**
Accident	**24**	**104**	**128**	**69,2**
— de transport routier	13	56	69	37,3
— de travail	6	13	19	10,3
— autres	5	35	40	21,6
Suicide	**6**	**24**	**30**	**16,2**
Homicide	**0**	**0**	**0**	**0,0**
Décès indéterminé	**0**	**3**	**3**	**1,6**
Total	**38**	**147**	**185**	**100,0**

Comme chaque année, les recommandations formulées en 2000 visent différents champs d'intervention. Parmi ceux-ci, notons l'environnement, les comportements humains et la législation. Au point de vue de l'environnement, le coroner suggère des modifications à apporter, afin de rendre les lieux concernés plus sécuritaires. Lorsque les comportements humains sont visés, les moyens proposés passent par la sensibilisation, la formation ou la surveillance. Dans certains cas, le coroner propose plutôt des amendements à la législation.

Enfin, précisons que les recommandations n'ont pas force de loi. De façon générale, elles sont toutefois considérées sérieusement par les organismes à qui elles sont destinées.

Ainsi, en mai 2001, le coroner en chef avait reçu une réponse à 59 % des recommandations qu'il avait transmises pour suivi au cours de l'année 2000.

Fait encourageant, les recommandations ont été reçues favorablement par la grande majorité des organismes concernés, si l'on considère que 59 % d'entre eux les ont appliquées intégralement et que 13 % d'entre eux les ont appliquées après les avoir adaptées.

Le coroner en chef tient un suivi serré des recommandations qu'il formule et procède à des rappels fréquents auprès des organismes dont il n'obtient pas de réponse.

Le mandat du Bureau du coroner

Le Bureau du coroner a pour mandat d'assister et de conseiller les coroners dans la réalisation de leurs activités d'investigation ou d'enquête. Il doit également fournir un service de recherche ou d'information aux personnes et aux organismes intéressés ou visés par le résultat des investigations et des enquêtes. Il doit également fournir des services permanents de morgue à Québec et à Montréal.

Pour permettre la réalisation de son mandat, le Bureau du coroner se compose de trois directions:

— la Direction des coroners enquêteurs dont le responsable est le coroner en chef;

— la Direction des coroners investigateurs dont les responsables sont une coroner en chef adjointe pour l'Ouest du Québec et une autre pour l'Est du Québec;

— la Direction de l'administration.

De plus, trois conseillers complètent cette organisation, soit une conseillère juridique, un conseiller en communication et une conseillère en prévention. Tous relèvent du coroner en chef. L'effectif du Bureau est réparti ainsi:

— Montréal

Morgue et Bureau – 1701, rue Parthenais:

6 coroners permanents dont la coroner en chef adjointe Anne-Marie David, responsable de l'Ouest du Québec, et 11 autres personnes;

— Québec

Morgue – 1655, boul. Hamel, Édifice 2:
2 coroners permanents et 4 autres personnes;

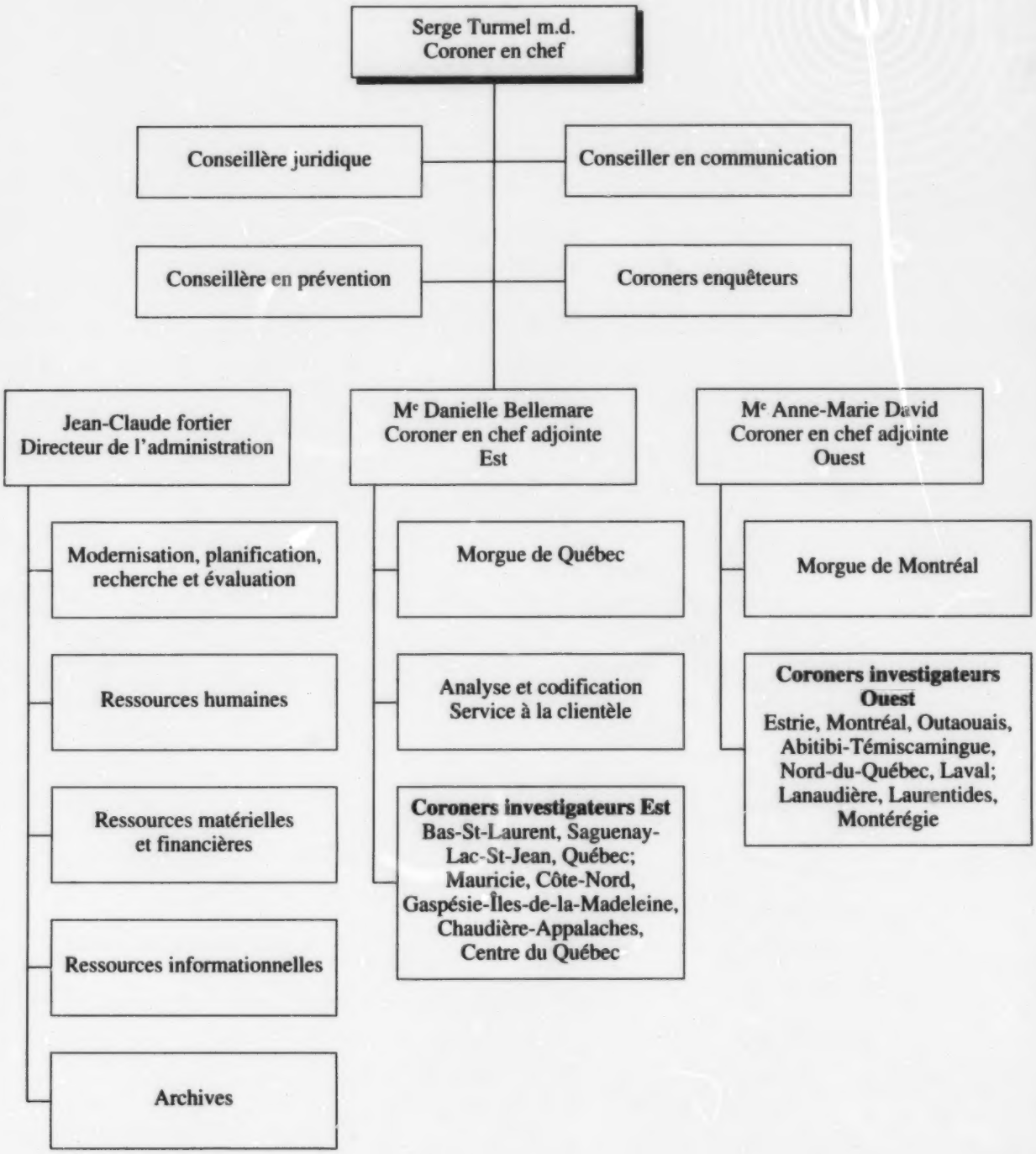
Bureau – 1200, route de l'Église, Sainte-Foy:

cinq coroners, dont le coroner en chef Serge Turmel et la coroner en chef adjointe, Danielle Bellemare, responsable de l'Est du Québec, et 24 autres personnes.

Tableau 5.0
Effectif régulier autorisé en 1999-2000 selon la catégorie d'emploi

Catégorie d'emploi	Nombre
Coroner	10
Cadre supérieur	2
Professionnel	9
Fonctionnaire	18
Ouvrier	8
Occasionnel	1
Effectif total autorisé	**48**

Organigramme du Bureau du coroner



L'état des dépenses

Le Bureau du coroner rencontre, depuis l'exercice financier 1995-96, des difficultés budgétaires majeures, en raison notamment de compressions et de réductions d'effectifs importantes, malgré une réduction des dépenses tout aussi majeure.

Celles-ci se sont traduites par des déficits récurrents de 216,0 k$ en 1996-97, de 925,9 k$ en 1997-98, de 872,5 k$ en 1998-99 et de 1 447,3 k$ en 1999-2000. Pour l'exercice 2000-2001, on appréhende déjà un manque à gagner de plus de 1 905,1 k$. Cette situation a des conséquences directes sur l'organisme. Plus précisément, elle :

— Oblige le coroner en chef, depuis l'exercice financier 1995-1996, à solliciter auprès du Ministère des crédits supplémentaires afin de combler le déficit structurel de l'organisme; requêtes susceptibles d'être rejetées d'une année à l'autre, mais pour lesquelles le Ministère a toujours donné, jusqu'à ce jour, des suites favorables;

— Ne permet aucune marge de manoeuvre financière notamment lors de sinistres majeurs qui exigent une enquête avec des déboursés importants;

— Crée des préjudices considérables aux nombreux fournisseurs de services (transporteurs, coroners à temps partiel, etc.) en raison des délais de paiement;

— Rend l'organisme dans la totale incapacité de progresser, en ne permettant pas d'allouer les sommes essentielles aux activités favorisant le développement.

Pour l'exercice financier 2000-2001, la dépense s'élève à 6 523,7 k$ comparativement à un budget original de 4 618,6 k$. Le Bureau du coroner a dû demander, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique, un budget additionnel de 1 905,1 k$.

Tableau 5.1
État des dépenses pour les exercices 1996-1997 à 2000-2001

	Dépenses (000 $)				
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Traitement	**2 659,3**	**2 541,5**	**2 321,4**	**2 477,5**	**3 197,3**
Fonctionnement	**2 896,9**				
— Transport et communications	192,0	188,3	206,0	371,9	216,0
— Services professionnels et administratifs	2 046,8	2 078,6	2 175,4	2 503,7	2 337,0
— Loyer	592,7	516,6	500,7	330,7	551,3
— Autres dépenses	65,4	68,3	112,6	157,8	116,4
Capital	**68,6**	**116,7**	**131,3**	**103,5**	**105,7**
Total	**5 624,8**	**5 510,0**	**5 447,4**	**5945,1**	**6 523,7**

Coroner en chef

Secteur de la prévention

Ce service apporte un soutien de recherche aux coroners investigateurs ou enquêteurs dans la réalisation de leur mandat, notamment au chapitre de l'élaboration des recommandations. La responsable de ce secteur est épidémiologiste et relève directement du coroner en chef.

Parmi les recherches réalisées à la demande des coroners, notons :

- des recherches relatives aux lois et aux règlements en vigueur;
- la recherche d'articles scientifiques;
- la recherche de données statistiques et épidémiologiques;
- la recherche d'experts ou de personnes-ressources dans un domaine spécifique.

Une fois les recommandations formulées, ce service voit à les diffuser et à faire le suivi auprès des organismes visés. Il arrive aussi que la personne responsable soit appelée à témoigner dans le cadre d'enquêtes publiques, afin d'y présenter des études descriptives de certains types de décès en fonction de l'information consignée dans les rapports des coroners.

En plus de répondre aux demandes en provenance des coroners eux-mêmes, il incombe aussi à la responsable de renseigner le coroner en chef sur l'évolution des décès et d'effectuer, au besoin, l'analyse détaillée de certaines situation mortelles.

Un des outils essentiels à la réalisation de ces mandats réside dans l'exploitation de la banque de données des coroners. Celle-ci est alimentée, depuis 1986, à partir des renseignements disponibles dans les rapports d'investigation ou d'enquête.

À des fins de prévention et suivant certaines conditions, ces données peuvent aussi être rendues publiques. Chaque année, plusieurs organismes gouvernementaux ou autres, engagés dans des démarches pour la protection de la vie humaine, s'adressent au service de prévention pour obtenir des données sur certains types d'événements mortels.

Ainsi, en 2000, le Secteur de la prévention a répondu à environ 250 demandes en provenance de personnes, d'institutions et de groupes intéressés à la prévention. Des données brutes et des résultats d'études descriptives ont été fournis en réponses à ces demandes.

L'autorisation de consulter les dossiers des coroners a aussi été accordée à certaines occasions et selon des règles bien établies, à l'intérieur de la politique de confidentialité qui régit les documents déposés par les coroners comme annexes à leurs rapports d'investigation ou d'enquête. Par ailleurs, le secteur alimente régulièrement une clientèle issue :

— **des milieux de la santé et des services sociaux**, qui ont besoin de statistiques sur la mortalité par traumatisme dans leur région ou qui effectuent des études épidémiologiques. Chaque année, plusieurs régies régionales et centres de santé publique sont au nombre des demandeurs. Des échanges d'information ont aussi eu lieu avec le Centre Fernand-Séguin, l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Hôpital Sainte-Justine;

— **des milieux gouvernementaux,** qui ont recours au Bureau du coroner pour valider leurs propres informations sur certains types de décès ou simplement pour obtenir des renseignements sur la mortalité en fonction de leur mandat de prévention (au palier québécois, citons l'Institut de la statistique du Québec, le Protecteur du citoyen, l'Institut de police, la Société de l'assurance automobile, le ministère des Transports, le ministère de la Santé et des Services Sociaux; au palier fédéral, mentionnons Santé Canada, la Garde côtière canadienne, le Bureau de la sécurité des produits et les Services correctionnels);

— **d'organismes et associations privés,** comme la Société de sauvetage, l'Association québécoise de suicidologie et les centres de prévention du suicide dans différentes régions, l'Association des pompiers instructeurs du Québec, The Canadian foundation for the study of infants deaths, la Coalition pour le contrôle des armes à feu;

— **du milieu de l'enseignement collégial et universitaire,**

— **des médias.**

Le Bureau du coroner participe aussi, lorsqu'il le juge pertinent pour la prévention, à certains groupes de travail. À ce titre, le Bureau du coroner est membre du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, cela dans le but d'améliorer les connaissances et de prévenir les décès liés aux drogues. Ce groupe a produit son quatrième rapport en 2000, lequel présente les faits et les méfaits de la toxicomanie au Québec, notamment dans la région de Montréal-Centre.

De même, le Bureau du coroner maintient toujours sa participation à l'étude de la mort subite du nourrisson avec l'Hôpital de Montréal pour enfants et le Centre Jeremy-Rill.

En outre, le Bureau du coroner collabore chaque année, avec la Société de l'assurance automobile du Québec, au jumelage des fichiers de données sur les décès de la route. Le fruit de ce travail est publié dans le Bilan statistique annuel de la SAAQ, en plus d'alimenter la base de données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui produit aussi un rapport annuel.

Secteur des communications

En matière de relations de presse, le Bureau du coroner a publié 121 communiqués de presse en 2000. Ces communiqués faisaient état des ordonnances d'enquête, de la tenue d'audiences publiques, du dépôt de rapports d'investigation ou d'enquête, de résultats préliminaires d'autopsie et résumaient, dans un style journalistique, leur contenu. Un grand nombre de communiqués visant à faire connaître tant régionalement que nationalement des recommandations ont aussi été distribués aux médias du Québec.

Par ailleurs, plusieurs centaines d'appels de journalistes ont été adressés au conseiller en communication. Ces appels visaient majoritairement à demander un ou plusieurs renseignements sur les activités des coroners ou sur les décisions du coroner en chef, relativement à des faits défrayant l'actualité. La majorité de ces demandes d'information a porté notamment sur des dossiers tels la problématique du suicide, les accidents mortels de motoneige, les suicides liés au jeu excessif, le suicide du chanteur André Fortin, l'accident de Nicolet, l'athlète assassinée par un ours à Valcartier et l'effondrement du viaduc de Laval.

Tout au cours de l'année, plusieurs entrevues télévisées et radiophoniques ont été accordées par le coroner en chef, des coroners et le conseiller en communications; ces interventions ont été faites tant de façon ponctuelle, lors de faits divers d'actualité, que lors de rencontres de presse à l'occasion du dépôt de rapports de coroners.

Dans un autre ordre d'idée, depuis août 1994, le Bureau du coroner fait appel, de façon systématique, à la collaboration des médias en vue de l'aider à retracer des parents ou des amis de personnes décédées dont le corps n'a pas été identifié ou réclamé.

Cette approche humanitaire, pour confier à des proches la gestion des funérailles, s'est avérée fructueuse puisque, entre autres, La Presse, The Gazette, Le Journal de Montréal, Photo-Police, La Tribune sans oublier de nombreux médias électroniques dont Radio-Canada, TQS, TVA et CKVL, ont collaboré et permis dans plusieurs cas de retrouver des proches de ces personnes dont les corps étaient laissés pour compte.

Quant aux communications internes, le Bureau du coroner a publié deux numéros du bulletin interne L'Avis, destiné au personnel et aux coroners.

Enfin, le Bureau a publié son rapport annuel 2000 et procédé à sa distribution auprès de ses partenaires et des organismes avec lesquels il est le plus souvent en communication.

Le public en général ainsi que nos partenaires et nos clientèles cibles ont ainsi été mieux informés du travail, du mandat et des responsabilités des coroners qui étaient sujets, par le passé, à de nombreuses interprétations.

Secteur juridique

Les services juridiques sont assurés par une juriste qui relève du coroner en chef. Celle-ci apporte un soutien juridique aux activités des coroners ainsi qu'aux activités de l'organisme.

Tout particulièrement, le Secteur juridique fournit les avis et les opinions juridiques quant à l'interprétation des lois et des règlements que le coroner en chef a la responsabilité d'appliquer. Il conseille également en matière d'amendements législatifs et réglementaires et pilote les dossiers à caractère juridique auprès des instances gouvernementales concernées.

La juriste en poste assure finalement la représentation appropriée en ce qui a trait aux procédures judiciaires mettant en cause le coroner en chef et les coroners, rédige les contrats et les ententes en vue de l'application de la Loi, prépare les documents de réflexion sur des questions particulières, participe à la formation des coroners et agit parfois comme procureur auprès des coroners au cours d'enquêtes publiques.

Les coroners en chef adjointes

Service à la clientèle

Comme chaque année, plusieurs services ont été rendus aux citoyens, aux ministères et aux organismes qui ont adressé des demandes au Bureau du coroner en 2000.

Parmi les services offerts, notons la production de copies conformes des rapports de coroners, la consultation de ces rapports, l'information personnalisée sur le rôle du coroner et sur le suivi des investigations ou des enquêtes.

Les rapports d'investigation et d'enquête étant des documents publics, le Bureau transmet à tout demandeur, contre paiement réglementaire, le nombre de copies demandées. Dans le cas des documents annexés au rapport d'investigation ou d'enquête (tels les rapports d'autopsie, d'alcoolémie, de toxicologie ou autres expertises), les demandes de copies conformes sont traitées dans le respect des règles édictées par la loi.

Le tableau 6.0 montre la répartition des demandes de copies conformes reçues en 2000 selon leur provenance. La clientèle qui demande des copies de documents est d'abord constituée des proches de la victime ou des personnes qui les représentent, tels les gens de loi. Ces documents permettent alors aux proches de comprendre les causes et les circonstances entourant un décès et de faire valoir leurs droits. En 2000, ces derniers et les tiers intéressés (assureurs, notaires, etc.) ont adressé au Bureau du coroner 3 736 demandes de copies conformes par téléphone ou par courrier, ce qui représente 67,2 % de l'ensemble des copies transmises.

Par ailleurs, plusieurs copies ont été produites à l'intention des personnes et des organismes qui collaborent au travail des coroners, dont les corps policiers et les laboratoires d'expertises judiciaires. En 2000, 1548 copies ont ainsi été transmises à ces collaborateurs.

Enfin, 273 copies de rapports d'investigation ou d'enquête ont été demandées par des organismes qui travaillent ou qui effectuent des recherches dans le domaine de la prévention des blessures. Dans ces cas, il s'agit de requêtes concernant des types de décès particuliers.

Tableau 6.0
Répartition des demandes de copies conformes, selon la provenance, 2000

Clientèle	Nombre	%
Citoyens et autres	**3 736**	**67,2**
— Familles	2 512	45,2
— Compagnies d'assurance	505	9,1
— Avocats et notaires	367	6,6
— Autres (amis, médias)	352	6,3
Collaborateurs	**1 548**	**327,9**
— Corps policiers	1 286	23,2
— Laboratoires de sciences judiciaires et de médecine Légale	262	4,7
Ministères et organismes intervenant en prévention	**273**	**4,9**
Total	**5 557**	**100,0**

L'analyse et la codification des dossiers

À la suite de la réception par le coroner en chef des rapports des coroners, une équipe procède à l'analyse, au contrôle de la qualité et à la codification des dossiers en fonction d'un certain nombre de paramètres destinés à alimenter une banque de données informatisées.

La Direction de l'administration

La Direction de l'administration a pour principal mandat:

— d'assister et de conseiller le coroner en chef dans la détermination des orientations en matière de planification stratégique, de recherche, d'évaluation de programmes, d'organisation administrative, de coordination et de suivi des dossiers ainsi que dans la gestion des ressources;

— de fournir à la population et à la clientèle spécialisée des services rapides et de qualité;

— de fournir aux autorités et à l'ensemble du personnel le soutien administratif et technologique, de même que les renseignements de nature à assurer le bon fonctionnement de l'organisation;

— d'exercer les contrôles par une procédure et des mécanismes appropriés, afin d'assurer le respect des normes et des politiques des organismes centraux et de l'organisation concernant la gestion et la réalisation des activités.

Pour réaliser son mandat, la Direction de l'administration regroupe les secteurs suivants :

— le Secteur des ressources humaines;

— le Secteur des ressources financières, matérielles et immo-bilières;

— le Secteur des ressources informatiques;

— le Secteur des transports.

Ressources humaines

En matière de gestion des ressources humaines, cette entité est chargée de fournir les services de soutien et de conseil en matière d'organisation administrative, de dotation des emplois réguliers et occasionnels, de classification, de développement des ressources humaines, d'accès à l'égalité en emploi, d'aide et de conseil au personnel. Elle traite en outre les dossiers d'assiduité (heures supplémentaires, primes, maladies, vacances), gère les absences pour invalidité ou les départs à la retraite ainsi que l'application du programme d'aide aux employés.

Elle est également responsable de l'application de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, de la rémunération et des avantages sociaux ainsi que de la représentation auprès des organismes centraux et du ministère de la Sécurité publique pour certains dossiers.

Ressources financières, matérielles et immobilières

En matière de gestion des ressources financières, ce secteur a la responsabilité de conseiller financièrement le coroner en chef et les gestionnaires et de réaliser pour eux les activités relatives à l'élaboration du budget, à la gestion des engagements et des paiements, à la gestion des revenus, à la production des rapports financiers et des analyses financières.

Ce secteur est aussi chargé des activités déléguées, à la suite de la décentralisation du système de gestion budgétaire et comptable (SYGBEC).

Il doit de plus préparer les commissions parlementaires sur l'étude des crédits et les engagements financiers de 25 000 $ ou plus et y participer. Ce service doit préparer les données concernant la Commission sur l'imputabilité du dirigeant d'organisme.

En matière de gestion des ressources matérielles, ce secteur a la responsabilité de fournir au coroner en chef et aux gestionnaires le conseil et le soutien nécessaires dans l'acquisition de tout matériel. Il est également chargé de réaliser les activités relatives aux acquisitions de biens et des services, à la location ainsi qu'aux télécommunications.

Ressources informatiques

Le Secteur des ressources informatiques est responsable de la sécurité, du développement, de l'entretien et de l'exploitation du système informatisé de gestion des opérations (SIGOP). Il gère les différentes composantes technologiques : matériel, logiciels et réseau de télécommunications. De plus, il est chargé du soutien aux utilisateurs.

Les morgues et les transporteurs

Lorsqu'un avis de décès est signalé au coroner investigateur, il faut généralement transporter le corps de la victime de l'endroit où est survenu le décès vers l'une ou l'autre des deux morgues gouvernementales (Québec et Montréal) ou vers une morgue hospitalière ou une morgue privée en région. Le coroner peut procéder à l'identification de la personne décédée et à l'examen externe du corps. Le coroner peut alors décider si d'autres expertises (toxicologie, alcoolémie, autopsie, etc.) sont nécessaires.

Dans le cas où une autopsie se révèle nécessaire, il y a un second transport du corps vers le centre hospitalier le plus près (parmi les 75 centres autorisés à effectuer des autopsies).

Dans le passé, les entreprises funéraires désignées par le gouvernement étaient chargées du transport et de la garde du cadavre à leur établissement. Le Bureau du coroner favorise maintenant le recours aux centres hospitaliers, en raison des installations physiques dont ceux-ci disposent pour procéder aux examens et, le cas échéant, pour réaliser les autopsies médicales. La majorité des corps ont d'ailleurs déjà été transportés dans un centre hospitalier pour que le décès y soit constaté. Cette solution évite un deuxième transport du corps et le déplacement du coroner d'un endroit à un autre.

Quant aux autopsies de nature médico-légale, elles sont effectuées par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale du ministère de la Sécurité publique, à Montréal.

Des réalisations en 2000

Outre le maintien d'une continuité de services de qualité dans tous les secteurs, la direction a assuré le suivi du plan triennal de travail élaboré à la suite de la démarche de planification stratégique et de développement organisationnel entreprise en 1998.

Au sujet de la situation budgétaire de l'organisme, des discussions ont eu lieu avec le Ministère et des documents explicatifs ont été produits. De plus, à la demande du coroner en chef, une équipe du Contrôleur des finances s'est vue confier le mandat de décrire et d'évaluer le système de contrôle interne du Bureau du coroner. Ce système lui assure la fiabilité des données financières et la conformité aux lois et règlements, y compris le contrôle budgétaire, pour les dépenses effectuées en 1999-2000 et jusqu'en décembre 2000 dans quatre catégories de dépenses. Un dossier budgétaire est en élaboration afin de proposer des solutions à long terme à cette problématique.

Au sujet des revenus, mentionnons le projet de tarification de la Société de l'assurance automobile du Québec et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Les ententes devraient se signer au cours de 2001.

Le *Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents*, est entré en vigueur en mai 2001. Les ententes de services avec les transporteurs, concernant l'octroi des contrats et la conformité des équipements et des opérations seront conclues selon les modalités particulières adoptées par le Conseil du trésor. Notons l'excellente collaboration de la Corporation des thanatologues pour la conception d'un « guide d'opération » devant accompagner l'appel de service pour l'ensemble des maisons funéraires du Québec.

La refonte du système d'information et de gestion des opérations (SIGOP) s'est poursuivie en 1999-2000. Le système devrait être livré en 2001.

La nouvelle *Loi sur l'administration publique* a nécessité de nombreuses activités de l'ensemble du Bureau pour élaborer la *Planification stratégique 2001-2004*.

Soulignons aussi tout le travail qui s'est fait en rapport à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* pour la garde, la transmission et la destruction de l'information. Le personnel concerné a été formé afin de s'assurer que l'organisme respecte les règles édictées.

Les deux orientations pour 2001-2004

Il apparaît fondamental que, tout en résolvant certains problèmes de fond qui persistent depuis plusieurs années, on donne un nouvel élan au Bureau du coroner. À cette fin, deux orientations stratégiques ont été retenues pour guider nos actions au cours des trois prochaines années.

1- Améliorer les services aux citoyens.

Tout décès, particulièrement s'il est violent, vient bouleverser la vie de nombreuses personnes. Il est aussi plus souvent source de litiges que ne le sont les décès de cause purement naturelle. Dans ce contexte, le Bureau du coroner portera une attention particulière à la qualité de ses communications, notamment avec les proches des personnes décédées, et s'assurera, dans la mesure de ses moyens, de tout mettre en oeuvre pour que les rapports d'investigation et d'enquête, de même que les documents annexes, puissent être disponibles dans les meilleurs délais.

Pour ce faire, on renforcera et modernisera les communications externes du Bureau du coroner; de plus, on s'assurera que l'organisation est apte à répondre à tout événement majeur impliquant des décès multiples.

Le Bureau du coroner continue son action d'améliorer la protection des renseignements personnels et augmentera l'éventail des ressources pour réaliser des autopsies demandées par les coroners.

2- Améliorer la qualité de l'exercice de la fonction de coroner.

Les coroners, par les gestes qu'ils posent quotidiennement et par leurs rapports, ont un impact social qui n'a plus à être démontré. On s'attend à ce qu'ils exercent leur fonction selon les plus hauts standards possibles sur le plan professionnel.

En vue d'atteindre l'objectif d'amélioration, le Bureau du coroner va s'assurer de la qualité et de l'uniformité de l'exercice de la fonction par les coroners. Pour ce faire, un programme de formation continue et de contrôle de la qualité sera mis en place pour les coroners investigateurs; pour les coroners enquêteurs, les normes de pratique en enquête seront précisées.

BILAN STATISTIQUE - 1999

La classification statistique des décès survenus au Québec en 1999 et ayant fait l'objet d'une investigation

Les tableaux qui suivent présentent une analyse des décès survenus au Québec en 1999 et qui ont fait l'objet d'une investigation. Dans certains cas, l'information a été tirée du rapport d'enquête; cependant, pour ne pas alourdir le texte inutilement, cette information ne sera pas distinguée de celle découlant des investigations.

L'information analysée provient donc des rapports terminés et déposés au Bureau du coroner.

En date du 10 mai 2001, 92,8 % des rapports de coroners portant sur des décès survenus en 1999 étaient terminés. Ce sont ces décès qui font l'objet des analyses suivantes. Fait à noter, la banque de données du Bureau du coroner est constamment mise à jour au fur et à mesure de la réception des rapports du coroner. Il n'y a donc pas de date de fermeture de la banque de données, comme c'est le cas pour d'autres banques ministérielles. Ainsi, les rapports manquants au moment de la rédaction de ce rapport annuel seront intégrés au bilan dès réception des rapports et les tableaux présentés dans les pages suivantes pourront être mis à jour ultérieurement.

Tableau 7.0
État des rapports d'investigation relatifs aux décès survenus en 1999

État des rapports au 10 mai 2001	Nombre	%
Terminés	4 251	92,8
Non terminés	328	7,2
Total[1]	**4 579**	**100,0**

1. Excluant les décès pour lesquels le coroner a seulement autorisé l'entrée d'un corps au Québec (27 fois en 1999) ou la sortie d'un corps du Québec (359 fois en 1999).

Le tableau 7.1 présente la répartition des décès selon leur classification. On remarque qu'à la suite de l'investigation du coroner 27,5% des décès ont été classifiés comme étant de cause naturelle. Le fait qu'on trouve autant de décès naturels parmi les décès ayant fait l'objet d'une investigation du coroner est normal. En effet, il faut se rappeler que ces cas ont été signalés aux coroners parce que, au moment de l'avis, les circonstances étaient obscures ou parce que les causes médicales ne pouvaient être établies clairement par le médecin qui avait constaté le décès.

Les décès par traumatisme, aussi appelés décès violents, constituent la majorité (72 %) des cas sur lesquels les coroners ont mené une investigation. De fait, la loi exige que tous les décès survenus au Québec à la suite d'un traumatisme soient signalés aux coroners. Ainsi, le Québec a enregistré 3057 décès attribuables à un traumatisme en 1999, ce qui représente un peu plus de 5 % de l'ensemble des décès au Québec.

Les décès par traumatisme se divisent en quatre grandes catégories : les accidents, les suicides, les homicides et les décès indéterminés.

Fait à noter, on observe une hausse des décès par suicides en 1999 avec plus de 1500 décès. Les homicides ne constituent que 2,9% des décès traités par les coroners.

Tableau 7.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, 1999

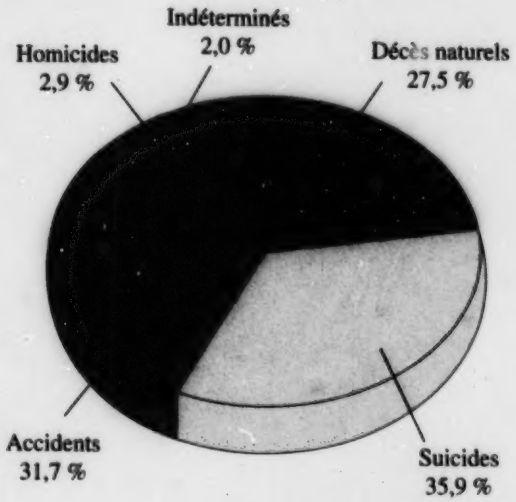
Catégorie de décès	Nombre	%
Naturel	**1 172**	**27,5**
Violent (par traumatisme)	**3 057**	**72,0**
— Accident	1 346	31,7
— Suicide	1 527	35,9
— Homicide	122	2,9
— Indéterminé[1]	62	1,5
Non classifié	22	0,5
Total	**4 251**	**100,0**

1. Décès consécutifs à un traumatisme, mais qui demeurent indéterminés quant à l'intention ou quant au type de violence.

Note : Exclusion des 328 décès dont les rapports ne sont pas terminés.

Figure 7.1

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès 1999



Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge

Enfin, au terme des investigations, 84 décès ont dû être classés indéterminés ou non classifiables, représentant 2 % de l'ensemble des décès.

Le tableau 8.0 présente la distribution de l'ensemble des décès ayant fait l'objet d'une investigation du coroner, selon la classification du décès, l'âge et le sexe.

Tableau 8.0

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès, le sexe et l'âge, 1999

	Décès																	
	Naturel			Accident			Homicide			Suicide			Indéterminé			Total		
	Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe		
Âge	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Moins de 1 an	12	28	40	2	3	5	0	1	1	0	0	0	1	2	3	15	34	49
1 à 4 ans	1	2	3	14	17	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	19	34
5 à 9 ans	1	3	4	12	15	27	0	2	2	0	0	0	0	0	0	13	20	33
10 à 14 ans	2	1	3	12	18	30	2	0	2	2	6	8	0	3	3	18	28	46
15 à 19 ans	3	6	9	47	92	139	2	6	8	20	78	98	1	2	3	73	184	257
20 à 24 ans	7	3	10	16	121	137	4	6	10	11	112	123	2	5	7	40	247	287
25 à 29 ans	5	15	20	26	71	97	4	11	15	15	110	125	2	5	7	52	212	264
30 à 34 ans	12	18	30	27	76	103	3	12	15	30	121	151	0	5	5	72	232	304
35 à 39 ans	14	40	54	17	88	105	2	14	16	39	157	196	4	9	13	76	308	384
40 à 44 ans	29	75	104	32	84	116	3	11	14	61	164	225	3	6	9	128	340	468
45 à 49 ans	32	103	135	24	62	86	5	3	8	43	141	184	5	5	10	109	314	423
50 à 54 ans	31	103	134	19	50	69	0	4	4	27	92	119	2	5	7	79	254	333
55 à 59 ans	33	95	128	19	50	69	3	7	10	19	62	81	2	1	3	76	215	291
60 à 64 ans	31	73	104	11	38	49	1	2	3	15	44	59	1	1	2	59	158	217
65 à 69 ans	37	102	139	20	44	64	2	2	4	20	42	62	0	1	1	79	191	270
70 à 74 ans	33	69	102	19	44	63	0	4	4	7	34	41	2	4	6	61	155	216
75 à 79 ans	30	43	73	28	43	71	1	2	3	4	25	29	1	0	1	64	113	177
80 à 84 ans	26	23	49	15	28	43	0	1	1	4	12	16	1	2	3	46	66	112
85 à 89 ans	4	17	21	18	13	31	1	1	2	2	4	6	0	1	1	25	36	61
90 à 94 ans	3	6	9	4	5	9	0	0	0	1	3	4	0	0	0	8	14	22
95 ans et plus	1	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Total	**347**	**825**	**1 172**	**384**	**962**	**1 346**	**33**	**89**	**122**	**320**	**1 207**	**1 527**	**27**	**57**	**84**	**1 111**	**3 140**	**4 251**

Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la classification du décès et la région administrative de l'événement

Le tableau 8.1 présente la répartition des décès qui ont fait l'objet d'une investigation par les coroners, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement mortel. Les décès ont donc été répartis en fonction des 17 régions administratives du Québec.

Outre les grandes catégories de décès apparaissant dans les tableaux précédents, le tableau 8.1 présente un niveau de classification supplémentaire relatif au type de décès. La présente nomenclature s'inspire de la classification internationale des maladies — 9e révision.

Les décès accidentels comprennent les accidents de transport routier, les autres types d'accidents de transport et les autres accidents. Les homicides et les suicides sont regroupés respectivement en fonction des moyens utilisés. On y trouve également une catégorie qui regroupe les décès indéterminés quant au type de traumatisme ainsi que les décès non classifiables. Finalement, une dernière catégorie permet de distinguer, parmi l'ensemble des décès naturels ayant fait l'objet d'une investigation, les décès consécutifs au syndrome de mort subite du nourrisson. À l'intérieur de chacune des grandes catégories, le lecteur remarquera que les causes de décès sont présentées en ordre décroissant de fréquence.

Tableau 8.1
Répartition des décès ayant fait l'objet d'une investigation, selon la catégorie du décès et la région administrative où est survenu l'événement, 1999

Catégorie de décès			Par région[1]																
			00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
		Total	Nombre																
Accidents	**Total**	**1 346**	**9**	**68**	**90**	**113**	**63**	**77**	**213**	**52**	**39**	**25**	**28**	**39**	**103**	**12**	**79**	**73**	**199**	**64**
Accident de transport routier		**768**	**6**	**50**	**57**	**65**	**38**	**46**	**69**	**24**	**26**	**15**	**8**	**19**	**76**	**7**	**59**	**42**	**117**	**44**
	Véhicule à moteur, conducteur	354	2	26	26	26	19	22	17	11	16	5	2	8	35	4	26	21	64	24
	Véhicule à moteur, passager	164	4	12	10	11	8	13	14	6	3	4	2	5	19	2	17	3	23	8
	Piéton	113	0	5	6	11	4	5	29	4	3	3	2	1	13	1	5	7	9	5
	Motocycliste	63	0	3	3	13	1	3	3	1	2	0	0	2	7	0	6	4	10	5
	Motoneigiste	29	0	4	6	2	4	0	0	0	1	1	1	2	0	0	2	2	4	0
	Cycliste	24	0	0	3	2	1	1	6	0	0	0	0	1	1	0	2	3	4	0
	Utilisateur de 3-4 roues	19	0	0	3	0	1	2	0	2	1	2	1	0	1	0	1	2	3	0
	Utilisateur de tracteur	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Autres — circulation	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Autres accidents de transport		**47**	**1**	**1**	**7**	**0**	**3**	**4**	**2**	**2**	**5**	**3**	**2**	**3**	**2**	**0**	**0**	**4**	**4**	**4**
	Transport par eau	32	1	1	5	0	2	1	0	2	4	2	2	3	0	0	0	3	2	4
	Transport aérien	10	0	0	2	0	1	3	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0
	Transport ferroviaire	5	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0

Tableau 8.1 *(suite)*

		Par région																	
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
	Total	Nombre																	
Autres accidents	**531**	**2**	**17**	**26**	**48**	**22**	**27**	**142**	**26**	**8**	**7**	**18**	**17**	**25**	**5**	**20**	**27**	**78**	**16**
Intoxication	113	0	1	5	8	1	3	57	6	0	1	0	2	4	1	5	8	9	2
Chute	113	0	3	3	16	7	8	26	3	2	0	0	5	7	2	3	4	20	4
Noyade	70	0	6	7	7	4	4	6	4	2	3	4	2	2	0	3	3	11	2
Strangulation et suffocation	57	0	3	2	8	4	1	17	2	3	0	0	2	3	0	0	1	10	1
Accident provoqué par le feu	51	0	1	3	2	1	4	11	5	0	0	2	2	3	2	3	2	6	4
Choc accidentel	28	1	0	0	4	1	1	3	3	0	1	0	0	2	0	0	3	8	1
Agent physique naturel	26	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	11	1	2	0	3	2	1	1
Accidents de machines	25	0	1	5	0	1	1	5	1	1	1	0	1	2	0	0	1	5	0
Explosion	11	0	0	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	3	0
Arme à feu	7	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0
Accident médical	6	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Électrocution	5	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Autres - accidents	19	0	2	1	1	0	1	7	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	1
Suicides	**1 527**	**0**	**70**	**77**	**172**	**57**	**65**	**326**	**58**	**44**	**26**	**19**	**16**	**116**	**19**	**74**	**85**	**235**	**68**
Pendaison et strangulation	812	0	39	42	102	30	29	174	27	19	15	13	7	59	9	33	44	131	39
Intoxication	250	0	10	8	31	5	9	46	10	8	2	3	3	18	7	11	16	50	13
Arme à feu	247	0	17	18	16	13	18	22	15	14	9	2	5	25	2	19	18	22	12
Chute	62	0	1	6	7	3	3	34	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0
Noyade	51	0	2	2	4	3	4	11	2	2	0	0	0	7	0	5	1	8	0
Moyen de transport	44	0	1	1	3	1	0	18	0	0	0	0	1	3	0	3	0	9	4
Suffocation	17	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0	2	0	0	1	5	0
Arme blanche	16	0	0	0	2	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0
Par le feu	14	0	0	0	2	0	0	4	1	0	0	1	0	1	0	1	2	2	0
Autres - suicides	14	0	0	0	4	2	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0
Homicides	**122**	**0**	**0**	**2**	**6**	**3**	**5**	**53**	**8**	**3**	**1**	**0**	**1**	**6**	**3**	**5**	**8**	**14**	**4**
Arme à feu	55	0	0	2	4	1	2	20	3	1	0	0	0	3	2	2	6	8	1
Objet tranchant	28	0	0	0	1	2	1	12	2	1	0	0	0	2	1	3	1	2	0
Objet contondant	16	0	0	0	0	0	0	11	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Pendaison et strangulation	10	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Bagarre	6	0	0	0	0	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres - homicides	7	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Décès naturels	**1 172**	**1**	**49**	**36**	**135**	**122**	**41**	**240**	**104**	**33**	**38**	**8**	**23**	**59**	**22**	**41**	**59**	**128**	**33**
Décès subit du nourrisson	29	0	1	2	5	0	5	4	1	0	0	2	0	1	2	0	3	2	1
Autres décès naturels	1 143	1	48	34	130	122	36	236	103	33	38	6	23	58	20	41	56	126	32
Indéterminés	**84**	**0**	**0**	**1**	**11**	**3**	**6**	**25**	**6**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**1**	**7**	**6**	**6**	**4**
Décès par traumatisme	62	0	0	0	7	3	4	18	4	2	1	0	1	1	1	6	5	6	3
Décès non-classifiés	22	0	0	1	4	0	2	7	2	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1
Total	**4 251**	**10**	**187**	**206**	**437**	**248**	**194**	**857**	**228**	**121**	**91**	**56**	**81**	**286**	**57**	**206**	**231**	**582**	**173**

1. Régions : 01-Bas-Saint-Laurent; 02-Saguenay; 03-Capitale-Nationale; 04-Mauricie; 05-Estrie; 06-Montréal; 07-Outaouais; 08-Abitibi-Témiscamingue; 09-Côte-Nord; 10-Nord-du-Québec; 11-Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; 12-Chaudière-Appalaches; 13-Laval; 14-Lanaudière; 15-Laurentides; 16-Montérégie; 17-Centre-du-Québec.

2. Décès constatés au Québec, mais où l'événement violent s'est produit à l'extérieur du Québec.

Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge

Les accidents de transport routier survenus sur la voie publique et en dehors de celle-ci (tableau 8.2) ont causé 768 décès en 1999. Il s'agit d'une augmentation de plus de 10 % des décès par rapport à l'année précédente. Ce sont les conducteurs et les passagers de véhicules motorisés (automobiles, camions et autobus confondus) qui sont le plus touchés par cette augmentation.

Les conducteurs de véhicules motorisés représentent 46 % de toutes les personnes décédées à la suite d'un accident de transport routier, suivis par les passagers (21 %), les piétons (15 %), les motocyclistes (8 %), les motoneigistes (4 %), les cyclistes (3 %) et les utilisateurs de véhicules tout terrain (2 %).

Tableau 8.2
Répartition des décès survenus à la suite d'accidents de transport routier, selon le type de victime, le sexe et l'âge, 1999

	ÂGE																				
	14 ans et moins			15-19 ans			20-39 ans			40-59 ans			60-79 ans			80 ans et plus			Total		
	SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE			SEXE		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Type de victime	Nombre																				
Véhicule à moteur, conducteur	0	0	0	14	30	44	37	109	146	30	58	88	11	49	60	1	15	16	93	261	354
Véhicule à moteur, passager	14	7	21	18	17	35	17	26	43	19	11	30	20	8	28	5	2	7	93	71	164
Piéton	7	5	12	7	12	19	4	13	17	9	13	22	12	12	24	6	13	19	45	68	113
Motocycliste	0	1	1	1	5	6	4	36	40	5	9	14	0	1	1	0	1	1	10	53	63
Motoneigiste	0	0	0	0	0	0	2	13	15	1	7	8	0	6	6	0	0	0	3	26	29
Cycliste	3	5	8	0	3	3	0	7	7	2	2	4	0	2	2	0	0	0	5	19	24
Utilisateur de véhicule tout-terrain	0	1	1	0	1	1	2	4	6	1	7	8	0	3	3	0	0	0	3	16	19
Utilisateur de tracteur	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Autres - circulation	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	**24**	**19**	**43**	**40**	**69**	**109**	**66**	**209**	**275**	**67**	**107**	**174**	**43**	**81**	**124**	**12**	**31**	**43**	**252**	**516**	**768**

Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé

Le nombre de suicides survenus en 1999 est de beaucoup supérieur à celui observé en 1998 (1527 c. 1333). En fait, on observe une augmentation de 15 % de ces suicides. Le suicide est un phénomène extrêmement préoccupant qui touche particulièrement les hommes et concerne tous les groupes d'âge.

Parmi tous les suicides survenus en 1999, 53,2 % des victimes ont eu recours à la pendaison. L'intoxication vient au second rang (16,4 %), suivie de l'arme à feu (16,2 %).

Si l'on tient compte du sexe, la pendaison est le moyen le plus utilisé à la fois par les hommes et par les femmes. Par contre, l'arme à feu occupe le deuxième rang chez les hommes, tandis que c'est l'intoxication qui est choisie par les femmes en second lieu.

Tableau 8.3
Répartition des suicides selon l'âge, le sexe et le moyen utilisé, Québec, 1999

	ÂGE																	
	19 ans et moins			20-39 ans			40-59 ans			60-79 ans			80 ans et plus			Total		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Moyen utilisé	Nombre																	
Pendaison et strangulation	14	55	69	49	301	350	57	245	302	15	63	78	2	11	13	137	675	812
Intoxication	0	2	2	24	61	85	56	72	128	16	19	35	0	0	0	96	154	250
Oxyde de carbone	0	2	2	8	45	53	12	39	51	2	5	7	0	0	0	22	91	113
Médicament(s)	0	0	0	16	9	25	40	22	62	14	12	26	0	0	0	70	43	113
Produit(s) chimique(s)	0	0	0	0	0	0	3	6	9	0	1	1	0	0	0	3	7	10
Drogue(s)	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Mixtes	0	0	0	0	2	2	1	3	4	0	1	1	0	0	0	1	6	7
Arme à feu	4	20	24	5	76	81	5	87	92	2	43	45	0	5	5	16	231	247
Chute	0	2	2	6	19	25	5	19	24	2	7	9	2	0	2	15	47	62
Noyade	1	2	3	3	11	14	10	8	18	6	7	13	2	1	3	22	29	51
Moyen de transport	3	3	6	2	19	21	7	9	16	0	1	1	0	0	0	12	32	44
Suffocation	0	0	0	2	2	4	6	2	8	3	1	4	1	0	1	12	5	17
Arme blanche	0	0	0	0	3	3	1	6	7	1	3	4	0	2	2	2	14	16
Par le feu	0	0	0	3	5	8	1	5	6	0	0	0	0	0	0	4	10	14
Autres - suicides	0	0	0	1	3	4	2	6	8	1	1	2	0	0	0	4	10	14
Total	**22**	**84**	**106**	**95**	**500**	**595**	**150**	**459**	**609**	**46**	**145**	**191**	**7**	**19**	**26**	**320**	**1207**	**1527**

Répartition des décès survenus à la suite d'un accident de travail

En 1999, 70 décès consécutifs à des accidents de travail ont été signalés aux coroners. Nous classons dans cette catégorie les décès de travailleurs à la suite d'un événement violent survenu sur les lieux de leur travail ou lors d'un accident de la route entre deux points du travail.

Ce sont les accidents impliquant des machines qui entraînent le plus souvent la mort des travailleurs.

Tableau 8.4
Répartition des accidents de travail, Québec, 1998

Catégorie de décès	Nombre
Accident avec machines	18
— de levage (appareil)	6
— organe de transmission	5
— forestière	4
— autres	3
Accident de la circulation	17
Choc accidentel	13
Chute	12
Explosion	6
Électrocution	2
Strangulation et suffocation	2
Total	**70**